CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 42

DE LA

LYMPHANGITE ENDÉMIQUE

DES PAYS CHAUDS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1889

PAR

A. Teste d'ARMAND

Né à Bourg-St-Andéol (Ardèche), le 15 février 1858

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

3, Place de la Mairie, 3

M DCCC LXXX IX

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .		GRANEL.
Clinique obstétric. et gynécol. (Ch. d. c.).		GERBAUD
Physique médicale. (Ch. d. c.)		IMBERT

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻). agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. TRUC
MOSSÉ (✻)	GRANEL	GERBAUD
REGIMBEAU (✻)	BOINET	GILIS
BLAISE	BROUSSE	IMBERT
BAUMEL	FORGUE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *président.*
KIENER ✻, *professeur.*
BAUMEL, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MES SŒURS

A. TESTE D'ARMAND.

A MA TANTE

Madame Emilie DU CROS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

MEIS ET AMICIS

A. TESTE D'ARMAND.

INTRODUCTION

Pendant un séjour de plus de trois ans à la Pointe-à-Pitre, nous avons eu l'occasion d'observer de nombreux cas de lymphangite endémique. Nous avons vu cette maladie sévir tantôt d'une façon isolée, et tantôt prendre les allures d'une pseudo-épidémie. Nous voulûmes nous renseigner sur sa marche, ses formes et son traitement, et nous ne trouvâmes que peu de renseignements parmi les auteurs qui ont écrit sur les maladies des régions tropicales. Aussi le but que nous nous proposons est d'apporter une pierre à l'édifice de l'histoire de cette maladie qui fait de nombreux ravages dans nos colonies, les Antilles surtout. Nous nous sommes servis beaucoup des travaux des médecins brésiliens, Claudio da Silva et Rego, qui ont décrit les lymphangites pernicieuses de Rio, et nous avons suivi en beaucoup d'endroits la description de cette maladie, donnée par le Dr Corre, dans son savant *Traité des maladies des pays chauds*. Si nous avons repris la

question, et si nous avons divisé les formes cliniques autrement que ne l'a fait ce médecin français, c'est que nous avons cru que sa division répondait à une conception plutôt théorique qu'à une description des formes que nous avons observées.

A ce travail sont jointes des observations personnelles, qui seront peut être utiles un jour à celui qui voudra étudier cette maladie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LYMPHANGITE ENDÉMIQUE

DES PAYS CHAUDS

HISTORIQUE — SYNONYMIE

On connaît depuis longtemps, sous le nom d'*érysipèle* et de *lymphatitis*, des états morbides du système lymphatique qui jouent un rôle important dans la pathologie et dans les causes de mortalité d'un grand nombre de pays tropicaux. Ces affections rappellent tantôt l'érysipèle, mais avec des états fébriles moindres ; tantôt au contraire, par de nombreuses analogies d'allures et de caractères, par leur marche et leurs dangers, elles ressemblent aux accès pernicieux franchement palustres. Parfois aussi ces lymphangites se sont montrées sous la forme de pseudo-épidémie, revenant habituellement aux mêmes époques annuelles, régnant d'ordinaire sous forme sporadique pendant toute l'année.

Peu de chose avait été publié sur cette maladie jusqu'ici. C'est vers 1878 que le Dr Mazaë-Azéma publia ses travaux sur la lymphangite endémique de la Réunion. Le Dr Rego avait, il est vrai, publié de nombreux rapports faits à la Junte centrale d'hygiène de Rio de Janeiro, et ces rapports se trouvent en partie reproduits dans la thèse inaugurale du Dr Claudio da Silva (Rio de Janeiro, 1874. — Les *lymphangites pernicieuses*). Mais on ne trouve nulle part une étude complète de la maladie, jusqu'au traité du docteur Corre, qui parut après que nous eûmes recueilli nos observations.

Les synonymies sont nombreuses : varices lymphatiques, lymphoses, lymphites, lymphatite, angioleucite, erysipèle de Rio de Janeiro, érysipèle blanc, rouge, pernicieux, angéiolymphatite, fièvre pernicieuse à forme lymphatique, lymphangite palustre, angioleucite et lymphangite érysipélateuse, etc.

ETIOLOGIE

Quand on songe que la lymphe progresse lentement, difficilement, que les canaux qui la contiennent sont amples, subdivisés et anastomosés à l'infini, flexueux et contournés dans les ganglions, que ces canaux n'ont pas un appareil moteur propre à faire circuler leur contenu, étant pauvres en éléments musculaires, qu'un élément moteur d'une énergie suffisante doit être cherché en dehors d'eux, on se rend parfaitement compte qu'il y ait tendance à la stase, surtout dans les régions déclives, où l'action de la pesanteur se fait le plus sentir (membres inférieurs, parties génitales externes). De plus, la stase du contenu de ces vaisseaux amène la dilatation de leur calibre et une impressionnabilité plus grande vis-à-vis des causes irritatives. Si on ajoute à cela que, dans les pays où l'on observe cette maladie, les individus qui en sont atteints ont l'habitude de marcher pieds nus, que les rapprochements sexuels sont plus fréquents et plus faciles, que la propreté n'y est pas très en honneur, que surtout l'infection malarienne y règne en souveraine et que, suivant la théorie du « loco minoris resistantiæ », elle doit tendre vers la partie la moins résistante, on ne sera pas étonné que les affections lymphatiques s'y rencontrent fréquemment et même y règnent à l'état endémique.

Il faut d'abord dire que cette maladie se rencontre surtout dans un pays où une forte élévation de température se combine à une grande humidité de l'air. Aussi ne la rencontre-t-on que

sous les tropiques et quelques régions prétropicales. En effet, une température élevée amène une sorte de torpeur des fonctions digestives et circulatoires ; les sueurs abondantes, jointes à une mauvaise hygiène, sont une cause continuelle d'affaiblissement pour l'individu ; la circulation lymphatique se trouve surchargée d'un travail très considérable, en même temps que les tissus sont plus mous, que le calibre des vaisseaux est augmenté, que les viscères abdominaux sont engorgés.

Le docteur Azéma, dans son *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*, 1^er^ fascicule, formule, à propos de l'étiologie générale des nombreux états morbides du système lymphatique, des conclusions différentes à celles des autres auteurs. Les idées personnelles de ce médecin sur les causes de ce groupe pathologique sont tout à fait en désaccord avec les vues doctrinales émises dans les travaux brésiliens. Pour lui, l'endémicité de ces maladies puise uniquement son explication dans l'action des conditions climatériques au milieu desquelles elles se développent. Comme causes prédisposantes, il tient compte, avant tout, des modifications physiologiques et organiques qui accompagnent la période d'acclimatation des Européens sous le ciel tropical. Cette période est marquée par une foule de désordres pathologiques du côté des organes abdominaux. Les viscères de l'abdomen prennent une part prépondérante aux perturbations que développent les modificateurs thermiques, « part qui se résume, en dernière analyse, en une torpeur progressive des fonctions digestives, et en une tendance continue à l'engorgement du foie, de la rate, du mésentère, etc. »

Comme résultat, trouble profond dans la nutrition et dans l'*élaboration* du sang, auquel il est permis de rapporter en partie les causes de l'anémie tropicale. Cette anémie serait une conséquence nécessaire de l'acclimatement ; la déglobulisation du sang serait une nécessité physiologique.

En tout cas, quelles qu'en soient les causes, cet état d'anémie aboutit fatalement à la surabondance de la partie séreuse du sang. Or, comme c'est au système lymphatique qu'est dévolu le rôle de ramener dans la circulation générale le plasma inutilisé pour les besoins de la nutrition, on comprend que le liquide contenu dans ce système sera abondant, augmenté, qu'un défaut de pondération mutuelle existera entre la circulation sanguine et celle des vaisseaux blancs et qu'un surcroît d'activité fonctionnelle existera pour ce dernier appareil. Quand les limites de cette activité physiologique sont franchies, il peut se produire de véritables états pathologiques.

Ainsi que nous l'avons dit nous-même, le même auteur admet comme causes physiologiques l'influence de la lenteur de la progression de la lymphe, la dilatation permanente des vaisseaux et des tissus, la diminution de la tonicité des parois vasculaires lymphatiques et enfin la pesanteur. De plus, toujours pour le Dr Azéma, les influences saisonnières agiraient ainsi qu'il suit : à l'époque du passage de l'été à l'automne, alors que les pluies et les maxima thermiques ont amené une excitation et des appels périphériques plus accusés, un afflux plus considérable des liquides vers la surface cutanée et une activité plus vive dans les phénomènes d'exhalation ; l'hiver survenant sans transition, les fluides se concentrent vers les organes intérieurs ; les liquides entravés dans le mouvement excentrique qui leur a été imprimé refluent vers les voies absorbantes, veines et lymphatiques entrent en jeu, mais ne suffisent plus à satisfaire à la poussée des liquides, et les troncs vecteurs eux-mêmes s'engorgent. De là, dit Velpeau, « ces vaisseaux peuvent alors s'enflammer à cause de la distension que les fluides leur font éprouver. »

Pour la Réunion, qui est le pays que le Dr Azéma semble avoir eu spécialement en vue, on trouve l'observation en accord avec la réalité de cette cause occasionnelle. En effet, c'est au

début de la saison fraîche que l'on observe surtout les lymphangites des réseaux et des troncs, et lorsque la transition des saisons est brusque on observe alors cette affection avec un caractère d'une gravité plus grande et même à l'état de pseudo-épidémie. Et si on observe parfois ces états morbides au milieu de l'hivernage, ou sans qu'il y ait eu variation brusque dans l'état climatérique, on doit alors les attribuer, toujours d'après le même auteur, à des répercussions sudorales dues à des variations de température ou à des ablutions intempestives d'eau froide. Ce serait donc bien toujours la même cause : un dérangement accidentel de la circulation lymphatique. Ce serait l'obstruction des lymphatiques par un afflux subit et l'engorgement du système par les liquides.

E. Vinson dit seulement : « La lymphangite superficielle spontanée apparaît de préférence aux changements de saison. » Il émet la même opinion sur la lymphangite profonde et infectieuse.

Si maintenant nous prenons le travail du Dr Claudio da Silva sur « *les lymphangites pernicieuses de Rio de Janeiro* » nous verrons reconnaître par cet auteur aux lymphangites les mêmes causes qui, autrefois, donnaient naissance aux érysipèles vulgaires ; seulement certaines conditions nouvelles de prédisposition ont fait que ces prétendus érysipèles sont aujourd'hui remplacés en grande partie par les lymphangites à caractères malins. Cette idée concorderait parfaitement avec les conclusions émises par MM. Verneuil et Clado, dans leur note à l'*Académie des Sciences,* présentée le 8 avril 1889, et dont nous parlons ailleurs.

Au point de vue étiologique, le docteur Claudio da Silva admet également les influences climatériques et saisonnières comme primant toutes les autres. Pour lui l'intensité thermo-hygrométrique permanente de l'atmosphère serait une cause de prédisposition importante, mais elle n'agirait pas seulement par

elle-même, elle serait encore une cause indirecte, car elle provoque l'appauvrissement physiologique et aide à la production et à l'absorption des émanations miasmatiques. E. Vinson soutient la même opinion : « La constitution climatérique, dit-il, pays chaud et humide, crée le tempérament lymphatique ; il en est de même pour l'habitation dans les lieux bas et humides, sur les plateaux, au voisinage des cours d'eau à pente voisine de l'horizontale ; lorsque, enfin, les émanations des vapeurs aqueuses s'élèvent en abondance dans l'atmosphère. »

La même influence existerait dans les variations brusques de la température. Aussi voit-on qu'à Rio cette maladie, que l'on rencontre toute l'année, prend un redoublement d'activité à certaines époques, surtout à l'entrée de la saison chaude. Ce fait a été bien observé par les médecins de Rio, et malgré quelques divergences à cet égard, on en trouve la confirmation dans les statistiques mortuaires de cette ville.

MM. Azéma et E. Vinson s'accordent à admettre la réalité de cette cause dans les lymphangites endémiques de la Réunion et de Maurice.

« Ces refroidissements fréquents en cette saison (l'hivernage), par les écarts diurnes de la température, les suppressions instantanées de transpiration, en sont les agents les plus ordinaires. » (Mazaë Azéma).

« Il faut considérer le refroidissement subit comme la cause efficiente la plus fréquente de cette maladie, c'est-à-dire le changement brusque de température du chaud au froid, principalement quand il existe une plaie en suppuration. » (E. Vinson).

D'ailleurs le docteur Rego émet la même opinion dans ses rapports annuels sur la constitution médicale du Brésil à la Junte centrale d'hygiène publique, dont il a été le président.

Si on suit la série de ses rapports on trouve que :

En 1864, « les fièvres pernicieuses de forme lymphatique ont été fréquentes de juin à octobre, et ont fait un grand nombre de victimes, surtout en septembre et en octobre, etc. »

En 1869, « les fièvres paludéennes... ont pris de juillet à décembre les formes rhumatismale et lymphatique qui ont très souvent provoqué l'infection purulente à la suite de vastes suppurations dans les points où la maladie s'est localisée ; il est certain que dans cette même période on a vu fréquemment des lymphangites partielles, des adénites, et autres affections du système lymphatique. »

En 1870, « la maladie a pris des proportions sérieuses à partir du mois d'août, au point de constituer par sa fréquence une pseudo-épidémie, etc. »

« C'est dans le deuxième semestre, et particulièrement en septembre et en octobre, que la fièvre à forme lymphatique et adénitique a été la plus commune et la plus grave ; dans la plupart des cas, elle s'est compliquée d'ataxie ou d'état typhoïde... etc. »

En 1871, « la lymphangite a régné toute l'année, plus ou moins fréquente et grave... elle a redoublé d'intensité et de fréquence dans le cours du premier trimestre, a décliné un peu dans le deuxième, et a repris avec force dans le troisième, au point de se constituer en épidémie à partir d'août ; elle a enfin conservé ce caractère épidémique pendant le quatrième trimestre. »

Et si on ajoute que, dans le courant de cette même année, le docteur Rego a cru reconnaître une lymphangite profonde du ventre dans ces péritonites à formes épidémiques ; que l'épidémie lymphangitique a suivi, pour ainsi dire, pas à pas les oscillations des péritonites, que la lymphangite a fait le plus de victimes au même moment que cette même péritonite, on s'era bien obligé de reconnaître l'influence de la saison.

En 1872, « l'analogie qui existe entre les deux années 1871 et 1872, en ce qui concerne la prédominance et l'intensité de cette maladie, montre qu'il y a eu identité dans les conditions déterminantes, principalement dans les derniers trimestres qui ont fourni des chiffres de mortalité égaux : 92 en 1871 et 91 en 1872. »

En 1875, la plus grande mortalité a lieu pendant le premier et le quatrième trimestre.

En 1876, « se confirme encore ce fait particulier que la plus grande mortalité déterminée par ces maladies (érysipèle et lymphangite) se produit toujours dans le dernier trimestre. »

Si on compare le relevé de la mortalité du quatrième trimestre à ceux des précédents, pendant sept années, relevé qui nous est fourni par le docteur Claudio da Silva, dans sa thèse inaugurale, on trouve que dans ce quatrième trimestre la mortalité fut de 413, tandis que dans le restant de l'année elle n'avait été que de 578, c'est-à-dire proportionnellement 2,14 fois moindre.

Cependant le docteur Torres Homem n'exprime pas, sur l'influence saisonnière, une opinion conforme à celle du docteur Rego. « A Rio de Janeiro, dit-il, à certaines époques de l'année, surtout lors du passage de l'été à l'automne... »

On ne peut expliquer ces assertions contradictoires entre deux médecins observant sur les mêmes lieux.

Quant aux influences telluriques, le docteur Claudio da Silva fait observer qu'à Rio, dans le troisième trimestre et dans une partie du quatrième, les pluies manquent presque complétement ; les marais se dessèchent plus ou moins, leur fond bourbeux est exposé aux ardeurs du soleil ; ce fond est en grande partie formé de matières végéto-animales. Il y a par conséquent, à ce moment de l'année, un énorme dégagement de miasmes, dont l'action morbigène va se révéler chez les

individus prédisposés par d'autres circonstances à la maladie en question.

Ainsi, pour les médecins de Rio, la maladie offre son summum d'intensité au moment où la température est le plus élevée ; la mortalité augmente pendant la saison chaude et décroît pendant la saison fraîche. Le mois de décembre, qui est le plus chaud, est aussi celui dont la mortalité est la plus grande. Toujours d'après ces mêmes médecins, Cl. da Silva et Rego, la maladie serait plus rare sur les lieux élevés que dans les localités basses, et plus fréquente sur les points où le sol se trouve humide et mal aéré, où en un mot règne la malaria avec le plus d'intensité. Cependant on doit noter que, contrairement à cette opinion, on n'a pas observé cette maladie dans certains pays paludéens appartenant aux zones chaudes.

Pour nous, nous avons observé la lymphangite chronique endémique 34 fois à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) et dans les mêmes conditions qu'elle l'a été à Rio. Nous l'avons vu sévir avec le plus d'intensité dans les mois qui fournissent la plus haute température, ainsi que l'indique le tableau suivant de nos observations :

Janvier	2
Février	1
Juin	6
Juillet	10
Août	14
Septembre	1
	34

De plus, en outre de ces cas que nous avons observés, nous retrouvons dans nos notes, prises à la Pointe, que, comme à Rio, cette maladie sévissait en août 1885, avec toutes les apparences d'une épidémie, et si nos souvenirs sont exacts, de

nombreux cas de mort eurent lieu chez les créoles de couleur. Enfin, comme les auteurs que nous avons cités, nous avons observé que la lymphangite prend naissance dans les lieux bas et humides où la malaria règne en maîtresse, et de plus, dans un cas, nous l'avons vu rétrocéder et guérir par le changement de milieu et le séjour dans les régions élevées ; nous n'attribuons pas complètement au changement d'air le résultat que nous avons vu survenir chez notre malade, mais nous pensons que, soustraite aux influences morbides locales, de plus, reprenant des forces par un exercice modéré, l'influence d'un milieu relativement froid, l'augmentation de toutes les fonctions, la maladie ne se trouva plus avoir un terrain approprié à son développement. Nous publions cette observation sous le N° III.

En dehors de l'influence de la température et du milieu, d'autres causes doivent être envisagées au sujet de l'étiologie de cette affection. Ce sont les causes somatiques, individuelles et hygiéniques.

Age. — Nous avons observé deux cas chez des enfants, l'un sur une fillette de 7 à 8 ans, mais entachée d'hérédité, et l'autre pernicieux chez une petite fille de 12 ans. D'après les documents brésiliens, l'influence de l'âge ne saurait être basée sur des données suffisantes ; mais on peut constater que la fréquence de la maladie augmente à l'époque de la puberté et décroît dans la vieillesse. Elle atteindrait son maximum entre 25 et 55 ans. A la Réunion, le Dr Azéma est arrivé aux conclusions suivantes : « D'une manière générale, on peut dire que la première enfance n'est pas accessible. La seconde ouvre, au contraire, la porte aux maladies endémiques du système lymphatique ; l'adolescence les accueille avec faveur et les accapare même à son profit ; l'âge adulte les conserve et la vieillesse les exclut et n'en garde que les dégénérescences consécutives. » D'autre

part, le Dr Vinson dit à propos de la lymphangite profonde et infectieuse : « L'âge joue un rôle non moins certain. Il est remarquable que cette affection domine de 10 à 25 ans chez les jeunes gens du sexe masculin, de 10 à 21 ans chez les jeunes filles ; non que la maladie ne puisse se rencontrer ni plus tôt ni plus tard, car je l'ai vue chez des personnes des deux sexes au-delà de 30 ans et jusqu'à 56, mais elle est beaucoup plus fréquente chez les adolescents. Je ne l'ai jamais rencontrée dans l'enfance. »

Sexe. — Les deux sexes sont à peu près également exposés aux lymphangites, et le siège de prédilection est le membre inférieur. Cependant, elle prédominerait peut-être un peu chez l'homme, à cause des conditions particulières où il se trouve placé, soit par son travail, soit par ses habitudes. Le scrotum chez l'homme et les seins chez la femme, sont très souvent le siège des altérations locales.

Tempérament. — Le docteur Claudio da Silva et tous les autres médecins qui ont écrit sur la lymphangite endémique des pays chauds notent comme prédisposition à cette maladie un tempérament lymphatique et une constitution débilitée. Mais nous devons reconnaître que ce ne sont pas là des conditions nécessaires et fatales. Le Dr Corre s'exprime ainsi : « L'atonie du système lymphatique, en certaines régions, n'exige pas absolument l'intervention d'un état général préparatoire et initial, qui relève soit d'un tempérament, soit d'une modification morbide appréciable des liquides nourriciers ; nous voyons la maladie apparaître plus rarement dans l'âge et dans le sexe où prédominent ordinairement le lymphatisme et dans une période avancée de l'existence où prédomine, au contraire, la détérioration organique. Il suffit d'une gêne quelconque ou d'occasions irritatives répétées... » De plus, nous ajouterons

qu'une fois que la maladie a fait sa première apparition, lorsqu'un malade a subi sa première atteinte, il se forme une espèce d'idiosyncrasie acquise, avec tendance à la répétition, à la chronicité, alors c'est en quelque sorte une affection diathésique. Pour s'en rendre un compte exact, il suffit de lire nos observations jointes à ce travail.

Hérédité. — Pour le docteur Claudio, l'hérédité ne jouerait qu'un rôle très restreint. Cependant il avoue lui-même avoir vu, dans une famille, le père et la mère atteints de lymphangite (érysipèle vulgaire) et les enfants y être sujets dès l'âge de 7 ans ; l'un d'eux fut même pris violemment dès le bas âge, et le sulfate de quinine eut raison des accidents. Mais ces faits n'ont rien de constants pour lui, car il ajoute avoir observé souvent des individus absolument indemnes de cette maladie et dont les auteurs en étaient fortement atteints. L'hérédité n'aurait donc d'influence que comme élément de prédisposition. Pour le docteur Azéma, l'hérédité s'unit à l'influence du tempérament pour prêter au développement de l'endémie lymphangitique un concours mystérieux, mais certain. « Les causes climatériques créent les dispositions, l'hérédité les fixe dans quelques groupes. »

Le docteur Corre cite un remarquable exemple d'hérédité observé par le docteur Brassac, à la Guadeloupe, chez les membres disséminés d'une même famille. Cet auteur admet une transmissibilité héréditaire directe, et ajoute que la maladie se produit à des périodes d'âge et au milieu d'habitudes sociales différentes chez les produits d'un même tronc. Quant à nous, il ne nous a pas été donné de fixer notre attention sur ce point, mais on trouvera à l'observation VI ce fait mentionné avec quelques détails.

Races. — Au Brésil, ce point d'étiologie n'a pas été soulevé

par les auteurs. Le docteur Azéma signale une immunité unique, celle de la race éthiopienne, pour la lymphangite endémique des pays chauds. Cependant nous l'avons observée plusieurs fois chez des nègres à la Guadeloupe, et le docteur Corre signale sa présence chez les noirs engagés (makois) à Nossi-Bé, c'est-à-dire dans un centre très voisin de celui où exerçait le docteur Azéma. Le docteur Claudio signale cependant à Rio une plus grande fréquence de la maladie chez les nationaux libres que chez les étrangers et surtout chez les esclaves, tous gens de couleur. D'ailleurs, suivant le docteur Corre, la lymphangite endémique a été observée chez les Chinois, les Indo-Chinois, les Hindous, les Malais, et Ségard signale dans les Archives de Médecine navale de 1886, des manifestations ganglionnaires parmi les Hovas. Pour nous, il ne nous a été donné de l'observer que 3 fois chez les blancs et 24 fois chez des métis, sur 34 cas que nous avons eu l'occasion d'étudier.

Professions et conditions hygiéniques. — Aucune profession n'est exempte de cette maladie. Celles qui astreignent à une vie sédentaire paraissent influer sur la localisation de la maladie aux jambes et au scrotum.

Sont plus prédisposés les individus dont la profession expose davantage au miasme paludéen, entre autres les travailleurs de terre, les terrassiers. La misère, l'alimentation insuffisante, le défaut de propreté, l'habitat dans des maisons humides, mal tenues, mal construites, où le sol sert de parquet, établies au voisinage des marais, des égouts, prédisposent nécessairement aux manifestations cutanées, et ouvrent la porte aux imprégnations septiques. De plus, l'habitude de marcher pieds nus et jambes nues expose à toutes les causes irritatives et fournit un élément secondaire, mais important, aux manifestations de la lymphangite. Enfin le docteur Corre signale aussi l'influence

de la dépression du système nerveux, entretenu par des habitudes sexuelles, ou des préoccupations morales fâcheuses. Il faut joindre à ce groupe de prédispositions les émotions vives.

Les influences pathologiques doivent être aussi signalées ; car, nous l'avons déjà dit, l'anémie favorise son développement, ainsi que tout ce qui peut concourir à l'action débilitante du climat.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la lymphangite endémique des pays chauds est encore bien obscure. On en a fait, ainsi que nous venons de le voir par l'étude de son étiologie, la résultante d'actions météorologiques (Azéma, Rego, Claudio da Silva). Cependant, sans nier que cette action ne puisse être une cause importante du développement de cette maladie, elle ne nous paraît pas suffire pour expliquer son apparition avec tous ses caractères d'endémicité et d'endémo-épidémie. On a voulu aussi résoudre le problème de la pathogénie de la lymphangite chronique en invoquant le parasitisme et on a longuement décrit la filaire comme cause directe de l'affection qui nous occupe. Mais de la découverte d'un parasite il ne s'ensuit pas du tout que le parasite soit d'abord le point de départ de la maladie, ensuite que sa présence soit nécessaire à l'existence de l'entité morbide. D'ailleurs on l'a découvert aussi dans des cas de lèpre, d'éléphantiasis, dans le craw-craw, et si l'on ajoute que le docteur Maurel a constaté sa présence à la Guadeloupe chez des sujets ne présentant aucune manifestation lymphangitique, il est bien évident qu'il faut chercher ailleurs la cause directe des lymphangites endémiques.

MM. Verneuil et Clado ont présenté, le 8 avril 1889, à *l'Académie des Sciences,* une note sur « l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite aiguë. » Dans cette note, aux anciens arguments des unicistes ils ajoutent un argument nouveau, tout à fait décisif pour eux, tiré de l'étude expérimentale et microbienne, et concluent ainsi :

1° L'érysipèle et la lymphangite aiguë ne sont que deux formes d'une seule et même maladie contagieuse, infectieuse, parasitaire ;

2° Leur agent est un microbe spécial, facile à reconnaître, à isoler, à cultiver et à inoculer aux animaux ;

3° Ce microbe, découvert et décrit dans l'érysipèle seulement, se retrouve dans la lymphangite aiguë avec ses caractères et ses propriétés au complet ;

4° Il établit donc définitivement l'identité absolue de cause et de nature des deux affections considérées comme distinctes par un grand nombre d'auteurs.

Évidemment l'érysipèle et la lymphangite endémique ont des rapports très étroits ; mais l'érisypèle est une maladie fébrile, ayant une marche particulière telle qu'on l'a souvent comparée à celle des fièvres éruptives, et, dans ce cas, elle est loin d'avoir le moindre rapport clinique avec les lymphangites adynamiques. De plus, l'érysipèle n'a besoin que d'un traitement anodin, il disparaît de lui-même, tandis que la lymphangite endémique a besoin d'un traitement spécial, le plus souvent anti-malarien.

D'autres n'ont vu dans les lymphangites endémiques qu'une manifestation particulière de la malaria. Nous ne nierons pas l'influence du paludisme sur beaucoup de cas, mais seulement comme complication, comme cause déterminante quelquefois, mais non comme cause spécifique. Alors la malaria peut s'associer à l'élément phlegmasique particulier qui fait l'objet de cette étude, et c'est grâce à la fréquence des observations où ils avaient vu l'impaludisme et les lymphangites coïncider, que les médecins brésiliens ont accordé une influence étiologique à la première de ces maladies. D'ailleurs il n'y a pas exacte concordance géographique des deux maladies, ni développement parallèle saisonnier, quand les deux éléments coexistent

dans le même pays. On a vu la malaria n'apparaître chez certains malades que longtemps après la lymphangite, comme Azéma le cite pour Maurice et Bourbon. Enfin l'étranger qui vient habiter sous les tropiques est rapidement pris par l'impaludisme, tandis que la lymphangite endémique n'apparaît qu'après 4 et 5 ans de séjour. De plus le sulfate de quinine ne réussit pas toujours, certains cas de lymphangite sont rebelles à son action. Toutes ces raisons ne nous permettent pas de rattacher les lymphangites endémiques à l'impaludisme.

On a invoqué d'autres causes d'infection, comme les égouts, les agglomérations humaines, l'empoisonnement par un miasme septique ou typhique. Il est certain que ces conditions peuvent influer sur la marche et la perniciosité des lymphangites, tout aussi bien que la malaria ; mais on ne saurait en faire une cause exclusive de la maladie.

« En résumé, dit le Dr Corre, la question de parasitisme étant réservée, les lymphangites des pays chauds peuvent être regardées comme la résultante : 1° d'actions climatériques qui la préparent ; 2° d'actions somatiques qui l'entretiennent et qui lui donnent même comme le cachet d'une diathèse acquise ; 3° d'actions infectieuses, dans un grand nombre de cas, actions qui l'agravent en se surajoutant aux précédentes et en les dominant. L'endémicité de la maladie est la conséquence des conditions de milieu qui interviennent dans sa génération ; elle est presque toujours connexe, mais non l'associée nécessaire de l'endémicité malarienne. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle n'est pas connue et on ne trouve, dans les quelques auteurs qui en ont parlé, que des lésions banales, sans modalité particulière. On rencontre cependant, dans les cas où se sont jointes à la lymphangite, des altérations en rapport avec ces états : abcès viscéraux, congestion des membranes cérébrales, engorgement du foie et de la rate, décoloration, injection et ramollissement de la muqueuse intestinale, etc. « Aucune analyse du sang ou de la lymphe n'a été faite, du moins à notre connaissance. Le sang que nous avons examiné au microscope, retiré par piqûre sur le vivant, soit à un doigt, soit au niveau d'une tuméfaction lymphatique, était ordinairement aqueux, décoloré ; nous n'y constations pas une augmentation très appréciable du nombre des leucocytes ; mais les globules rouges avaient moins de cohérence, ils avaient souvent perdu leur groupement en piles, offraient de la diffluence et l'aspect crénelé. Jamais nous n'avons rencontré de filaires. » (Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds.*)

DESCRIPTION CLINIQUE

A l'exemple des docteurs Rego et Claudio, nous décrirons deux formes de lymphangite endémique. Ces formes sont : 1° la forme circonscrite localisée fixe et 2° la forme non circonscrite erratique. Le docteur Corre divise l'étude clinique des lymphangites en 3 types principaux : 1° dilatation lymphatique : lymphangiectasie, angéio et adéno-lymphocèles, varices lymphatiques ; 2° lymphangites ou adéno-lymphangites, qu'il subdivise à leur tour en circonscrites ou fixes et erratiques ou diffuses ; 3° thromboses et œdèmes lymphatiques. Nous préférons la 1re division, parce qu'il serait difficile de bien différencier entre elles, au point de vue du diagnostic, les différents états des vaisseaux blancs, que par conséquent le médecin qui voudrait se livrer à une étude de cette maladie dans les pays où elle est endémique se trouverait en butte à de nombreuses causes d'erreurs, étant donnée la ressemblance parfaite qui existe entre les différentes formes de l'ancien et du nouvel érysipèle de Rio.

La division qui nous est fournie par les médecins brésiliens n'est pas exempte de tout reproche ; d'abord elle ne tient pas assez compte des processus inflammatoires ou non qui se trouvent liés à cette maladie. De plus, elle ne tient pas également compte des rares phénomènes anatomo-pathologiques que nous connaissons, mais au point de vue clinique elle est la plus commode à suivre et se prête le mieux à une description complète.

I

Forme circonscrite localisée. — Les manifestations lymphatiques circonscrites peuvent se présenter avec le type apyrétique ou pyrétique.

A. Dans le 1^er^ cas, on se trouve en présence de tumeurs observées quelquefois aux membres supérieurs et le plus ordinairement aux membres inférieurs. Elles siègent par exception sur le trajet d'un vaisseau lymphatique, se trouvent limitées à un des côtés (Azéma), mais le plus souvent englobent une région ganglionnaire telle que le triangle de Scarpa ou les aisselles, ou bien un ganglion isolé. Quand on les examine, on ne reconnaît aucun changement dans la coloration ou dans la température des téguments qui les recouvrent ; elles ne donnent lieu à aucune douleur et ne sont signalées à l'attention du malade que par une gêne légère pendant les mouvements imprimés au membre. Elles ont, ainsi que le décrit très bien le docteur Corre, un volume médiocre, un plus grand développement suivant l'axe longitudinal que transversal, l'aspect uniforme, lobé ou bosselé. Elles présentent une consistance d'abord ferme, dure, bien limitée, qui ensuite devient molle, lipomateuse. Elles sont mobiles, susceptibles d'une certaine réduction dans le décubitus dorsal et par une compression régulière ; et, dans ce cas, elles donnent au doigt la « sensation de petits tubes de caoutchouc, de cordons entrelacés, de vers enroulés, de noyaux épars » (Azéma). Le début passe le plus souvent inaperçu ; leur marche est lente et elles augmentent sous l'influence d'un effort, de la grossesse, etc. Au bout de quatre à cinq ans, elles sont susceptibles d'arriver à leur développement maximum

et peuvent alors atteindre le volume d'un œuf de poule, ou même du poing, comme nous en avons observé un exemple chez un Français habitant la Pointe, ayant séjourné plusieurs années à Madagascar et fortement soumis à l'influence de l'impaludisme. Cet état local peut n'avoir qu'un retentissement très faible sur l'organisme. Cependant les malades accusent quelquefois de la dyspepsie, des vertiges, des troubles nerveux légers et fugaces ou bien présentent de la faiblesse et de l'alanguissement. Dans ce cas, on ne trouve chez eux aucun signe d'inflammation locale. Mais les tumeurs peuvent se produire rapidement après des frissons et s'accompagnent de fièvre intense jointe à des nausées ou des vomissements bilieux, quoique, comme nous le faisons bien remarquer, *il n'existe aucun signe d'inflammation locale*. Dans certains cas on a vu s'y établir des fistules qui viennent s'ouvrir à l'extérieur, et donner lieu à des écoulements périodiques de lymphe.

Ces tumeurs lymphatiques disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long, mais peuvent aussi devenir l'origine de lymphangites plus ou moins graves et même d'une collection purulente. Ces états sont alors la résultante d'une irritation locale ou bien peuvent encore provenir de l'infection malarienne et quelquefois même de l'infection typhoïde, comme nous l'avons observé. Dans d'autres cas, elles peuvent simuler un abcès par leur forme régulière, leur élasticité sous la pression ; alors elles s'affaissent rapidement et ne se reproduisent plus. On serait porté à croire qu'un processus inflammatoire léger serait nécessaire pour amener leur disparition.

B. Si on étudie la lymphangite circonscrite dans la seconde forme où elle se présente, c'est-à-dire avec le type pyrétique, on se trouve en présence des cas les plus nombreux qu'il nous ait été donné d'observer. Il n'existe aucun prodrome ; c'est un frisson violent qui ouvre la scène ; sa durée varie de quelques minutes à une, deux, trois heures; son intensité peut être comparable à celle

du frisson qui précède un accès pernicieux, franc, à tel point que pour les médecins de Rio son apparition peut tout aussi bien faire présumer l'imminence de l'une ou de l'autre de ces maladies. La température oscille autour de 40 degrés centigrades et le pouls présente de 120 à 130 pulsations à la minute.

Alors il devient nécessaire de séparer les phénomènes qui peuvent se produire suivant qu'ils présentent une forme simple, bénigne, ou une forme grave, pernicieuse.

A. — La lymphangite simple, bénigne et inflammatoire se trouve caractérisée par un état local pyrétique, s'accompagnant de répercussion générale, mais indépendante de tout état infectieux. Elle succède généralement à la lymphangiectasie ganglionnaire, offre une marche centrifuge, ou bien débute par un point du tégument où il est facile de reconnaître une lésion superficielle (excoriations, ulcérations, vésicules d'herpès, etc.) Dans ce dernier cas, elle offre une marche contraire à la précédente, c'est-à-dire centripète, et ne diffère que très peu des lymphangites observées dans nos régions. Alors on constate une sensation de chaleur locale, une douleur lancinante, de la rougeur et de la tuméfaction de la peau (plaques érysipélateuses) si l'inflammation est superficielle. Si l'inflammation est au contraire profonde, la rougeur manque, la chaleur locale est plus sensible, il y a de l'empâtement des tissus, la région augmente de volume et le malade accuse dans ce cas une douleur gravative.

Tels sont les phénomènes locaux observés pendant la période de concentration. Le frisson peut être suivi d'une forte chaleur et d'un mouvement fébrile intense. Il peut se produire des phénomènes gastriques ; et le tout se termine par résolution ou suppuration ou encore par induration, ce qui constitue le début de l'état chronique.

B. — Si on a affaire à la lymphangite grave, infectieuse, elle se trouve subordonnée soit à l'infection primitive, comme

le typhisme, ou secondaire comme la pyohémie ou encore à la lymphangite simple, mais associée par exemple à de l'impaludisme. Certains auteurs l'ont décrite associée au diabète et d'autres aux maladies de la peau. Il n'y a rien d'étonnant à ce que, au milieu de régions où les organes de la génération et les membres inférieurs se trouvent continuellement exposés à des causes d'irritation mécanique et infectieuse, où l'impaludisme est de règle et par conséquent doit porter son principal effort vers le point de moindre résistance, l'appareil lymphatique, déjà distendu et apte à subir toutes les causes d'irritation, soit primitive, soit secondaire, se trouve prédisposé aux manifestations insidieuses accusant l'empoisonnement de l'économie tout entière.

Alors le lymphatisme aigu ou même chronique se trouve l'annexe d'un état général, plutôt que le symptôme dérivé d'un état particulier produit par l'introduction d'un principe contaminateur. Il peut en effet se produire en l'absence de toute lésion primitive, mais lié soit à l'impaludisme, soit au typhisme. Après le frisson et le mouvement fébrile intense qui en est suivi, la peau devient chaude et sèche, urticante ; le pouls fort et fréquent ; la langue est couverte d'une couche épaisse de saburre jaunâtre à son centre, elle est rouge à la pointe, et tend à la sécheresse. Le malade souffre d'une soif ardente, il éprouve des vomissements abondants de matières précédemment ingérées ou de liquide verdâtre. Parfois il se produit une diarrhée d'intensité variable, une céphalalgie frontale, de la stupeur ou une agitation extrême. Parfois on observe de la dyspnée, des expirations profondes, et assez souvent un délire tranquille, taciturne, symptôme important, puisqu'il entraîne un pronostic d'une grande gravité. La période de chaleur, pendant laquelle le thermomètre dépasse 40 degrés centigrades, peut durer 5, 6 heures et plus : elle est suivie immédiatement de sueurs abondantes et de chute de la température. La fièvre

présente une rémission bien marquée, de l'intermittence, en un mot des signes tels qu'elle est souvent confondue avec le type malarien.

Les médecins brésiliens, imbus de la doctrine de perniciosité, ont vu dans ces états des accès malariens à forme lymphangitique. Ce sont eux qui les premiers ont fait connaître cette maladie et Claudio da Silva nous en a donné une magnifique description dans sa thèse inaugurale. L'ensemble des phénomènes dont nous venons de parler constitue le premier paroxysme après lequel les symptômes diminuent sensiblement d'acuité, comme nous l'avons déjà dit. Le malade peut alors retrouver le sommeil, et les accidents gastro-intestinaux s'atténuent ou cessent complètement. Cependant ce n'est pas à dire pour cela que tout soit terminé. Le malade éprouve de la gêne dans les parties qui ont été affectées ; le son de la voix se trouve affaibli, de la lassitude subsiste, en somme on observe des symptômes qui présagent l'imminence d'un second paroxysme. Entre ces symptômes subsistants et ceux qui ont précédé, il existe un défaut de rapport, d'harmonie, qui permet de préjuger une issue fatale. Si on n'intervient pas à ce moment par une indication vigoureuse, appropriée, le pronostic se vérifie fatalement et le malade succombe au second ou au troisième accès. Dans le cas contraire, lorsque le traitement vient au secours du patient ou bien si la maladie doit céder d'elle-même, les deuxième et troisième accès, quand ils surviennent, tendent à s'amender, deviennent de moins en moins violents, et la maladie suit une marche qui varie selon que l'affection locale tend à se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène.

La terminaison par résolution est fréquente, quoique la fièvre soit très forte. Pendant le premier et le deuxième accès, elle décroît et tombe à l'apparition de sueurs abondantes que l'on observe fréquemment, et alors on constate une rémission ou

une intermittence bien accusée. La douleur disparaît, le malade n'éprouve plus que de la gêne par la marche ou la pression, la rougeur diminue, et tout cesse au bout de 8 à 15 jours.

Quand la maladie passe à l'état chronique, état par où elle débute quelquefois, la tuméfaction est lente à disparaître, elle se montre sous l'influence de causes presque insignifiantes, dans la position verticale par exemple. Le membre peut prendre une teinte violacée et plus tard on observe toutes les apparences de l'œdème, ce qui a conduit quelques autres à décrire cet état pour de l'œdème lymphatique.

Dans la terminaison par suppuration, la lymphangite s'est toujours présentée à nous superficielle, quoique le docteur Claudio en décrive une profonde. La suppuration peut se produire dans le point primitivement malade ou bien dans les ganglions vers lesquels se dirigent les lymphatiques qui en émanent. Lorsque le foyer purulent est superficiel, la marche de la maladie est rapide et le pronostic est moins fâcheux que dans le second cas. La fièvre prend le type continu ou subcontinu, au lieu de passer à l'état de rémittence ou d'intermittence. Le thermomètre ne dépasse guère 40°, et il reste à cette hauteur jusqu'à la formation du pus ou jusqu'à l'ouverture de l'abcès. Alors a lieu une défervescence rapide, et les phénomènes généraux s'amendent. La fréquence du pouls est en rapport avec le mouvement de la colonne thermométrique ; ordinairement le malade est agité, il éprouve de la céphalalgie frontale, et la nuit il survient, suivant le docteur Rego, de l'insomnie ou un sommeil agité. Du côté de l'appareil digestif, on observe les symptômes qui nous sont connus toutes les fois qu'il se forme un foyer purulent ; la langue, quoique large et humide, est rouge sur les bords et à la pointe, légèrement saburrale au centre. La soif est ardente et l'anorexie complète. Généralement les vomissements, qui avaient paru avec l'accès, reviennent plus ou moins pénibles. La diarrhée se montre, mais

manque chez un assez grand nombre de malades, de même que le vomissement peut manquer aussi. Les selles diarrhéiques ont un caractère séreux et avec cet état coïncide une grande sensibilité du ventre, surtout dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit.

Si on examine la partie qui doit suppurer, on trouve une plus grande sensibilité à la pression, une rougeur plus vive, une tuméfaction peu sensible au début, mais s'augmentant graduellement ; et, au bout de trois ou cinq jours, si on ouvre une issue au pus, le malade éprouve un soulagement considérable.

Quand la suppuration est profonde, les phénomènes généraux sont plus prononcés et d'une plus longue durée ; la fièvre suit, les premiers jours, la même marche que dans les lymphatiques suppurées superficielles, mais, détail important, elle prend le type intermittent au moment où commence le travail suppuratif ; et, suivant le docteur Rego, celui-ci se diagnostique par l'intermittence du mouvement fébrile comme dans les cas de suppuration latente et viscérale. La prostration est considérable, le pouls est petit et fréquent, il y a des vomissements et de la diarrhée et il n'est pas rare de rencontrer des hoquets qui persistent tant que le pus n'est pas évacué. D'après ce même auteur, ces hoquets seraient plus communs quand la lymphangite s'attaque au scrotum.

Le pus se réunit en foyer après 7 à 15 jours, mais quelquefois la suppuration se fait attendre plus longtemps. Les forces du malade diminuent. Dans ce cas, la maladie a une longue durée, les abcès se multiplient, se succèdent. La fonte se fait avec une grande rapidité, si bien qu'on rencontre d'énormes dépôts purulents après 48 heures et même parfois 24 heures seulement là où la veille rien ne faisait prévoir leur formation. Après l'ouverture du dernier foyer, les phénomènes généraux s'amendent. Mais, dans l'un et l'autre cas, il peut y avoir hec-

tisie et l'infection purulente vient également apporter une terminaison fatale.

La terminaison par gangrène s'observe surtout au scrotum. La fièvre a le type rémittent, avec exacerbation vespérale puis continue. Les phénomènes généraux et locaux peuvent faire prévoir ce mode de terminaison. Le pouls est petit, fréquent ; on observe du délire, des vomissements et de la diarrhée. Les scarifications dans les tissus gangrenés peuvent amener un abaissement de la température, mais qui n'est pas de longue durée. La lésion locale est livide et violacée ; il existe des phlyctènes avec liquide citrin ou chocolat ; la douleur est très vive ; peu à peu la surface se refroidit, une infiltration gazeuse se forme dans les mailles du tissu cellulaire, on pourrait croire à une fluctuation diffuse, qu'il y ait ou non étranglement des parties. Le malade est dans une agitation extrême, change constamment de position ; s'il dort, c'est d'un sommeil interrompu ; le délire habituellement doux, taciturne, est de règle. Mais cet état est de courte durée, les phlyctènes se rompent et laissent des eschares (Rego). La mort arrive au milieu de phénomènes adynamiques et ataxiques ou bien la guérison survient plus ou moins lente. Dans ce dernier cas, la température commence à baisser dès que les premières eschares se sont détachées, mais jamais brusquement, et ce n'est qu'au bout de 2 ou 3 jours que la fièvre a disparu.

Dans la forme gangréneuse, les phénomènes gastro-intestinaux sont plus prononcés que dans les formes précédentes. On peut observer le facies hippocratique ; les dents sont fuligineuses, les évacuations involontaires ; il y a de l'incontinence d'urine, de la carphologie, mais tous ces phénomènes ne précèdent la mort que de quelques heures.

II

La forme non circonscrite diffuse offre de nombreuses variétés. On peut y distinguer autant d'aspects différents qu'il y aura de cas cliniques ; et ces aspects seront caractérisés, différenciés, soit par la marche que suit la maladie, soit par la manifestation cutanée, soit par la suppression ou l'aggravation des symptômes importants. Les variétés cliniques sont tellement nombreuses qu'il est impossible de toutes les décrire, nous suivrons le classement qu'en a donné le Dr Rego.

Cet auteur les divise en trois types principaux. « Dans la première variété, dit-il, l'inflammation est presque toujours limitée aux lymphatiques superficielles ; elle débute en un point quelconque, aux membres inférieurs plus spécialement, et, gagnant en étendue, envahit des surfaces plus ou moins larges du tronc, en épargnant, d'ordinaire, la paroi abdominale antérieure, où on l'observe très rarement, sauf à la région hypogastrique. Quoique d'une très longue durée, généralement, cette espèce est cependant la moins funeste de toutes dans ses résultats. D'ordinaire elle s'accompagne d'une réaction franche et de troubles graves de l'appareil digestif avec ou sans diarrhée.

» Dans la deuxième variété, une tuméfaction plus ou moins douloureuse apparaît en un point quelconque des membres ou sur le sein, précédée ou non d'accidents généraux légers, mais suivie d'un malaise et d'autres phénomènes qui indiquent de graves perturbations organiques ; celles-ci ne sont pas en rapport avec le peu d'intensité de l'affection locale. A cette première tuméfaction en succèdent d'autres, soit dans le voisinage, soit dans un point éloigné, sans que rien n'indique encore la

gravité du cas. Quand elle est intense, c'est une des formes les plus graves de la lymphangite, en raison de la rapidité de sa marche et de l'extrême danger qui accompagne l'apparition presque constante de l'ataxie.

» Dans la troisième variété, enfin, l'intumescence cellulaire gagne, de plus, les articulations et imprime à la maladie la physionomie d'un rhumatisme aigu. Ordinairement, dans cette variété, la réaction est plus forte au début que dans la variété précédente, et la réaction typhoïde constitue son caractère le plus constant et le plus grave. »

La première variété présente une invasion habituellement signalée par un malaise général, la perte de l'appétit, de la céphalalgie sus-orbitaire, des nausées, des vomissements même, etc. Parfois, cependant, elle a lieu sans phénomène précurseur. Vinson dit à ce sujet : « Elle éclate comme un éclair, et c'est un frisson plus ou moins profond, plus ou moins prolongé qui ouvre la scène. Ce frisson est pathognomonique, etc.» Ce frisson se produit souvent sans qu'il se trouve associé à aucun signe de nature à révéler la maladie. Certaines fois, au moment où éclate le frisson, le malade accuse une douleur brûlante en un point quelconque du corps ; on y constate une tache rouge, plus ou moins foncée ; il en part des cordons noueux faciles à reconnaître par la palpation, et qui suivent la direction des lymphangites de la région vers les ganglions correspondants.

Après le frisson, surviennent les troubles généraux, une grande agitation avec ou sans délire, ou un état soporeux d'où le malade se réveille en poussant des gémissements. Des hoquets plus ou moins répétés peuvent apparaître dès ce moment. Les fonctions digestives s'altèrent ; la langue se couvre d'une couche saburrale épaisse et jaune ; il y a une soif ardente, une perte d'appétit absolue, des vomissements et de la diarrhée. La

peau est sèche, la température entre 40 et 41 degrés, le pouls fort et fréquent.

Peu à peu cet état s'atténue et est remplacé par une rémission ou même une intermittence suivie du retour des mêmes phénomènes ; à ce moment la lymphangite fait une nouvelle poussée.

Si elle a débuté par un membre inférieur, ce qui arrive communément, elle envahit l'autre membre, la portion postérieure du corps, passe aux oreilles, au cuir chevelu, à la face, à la partie antérieure de la poitrine, tout en laissant intacte la paroi antérieure du ventre.

Quand la lymphangite arrive à occuper une grande superficie, sa terminaison est presque toujours fatale. On observe alors des phénomènes nerveux, qui précèdent la mort de quelques heures : tels que du crocidisme, de la carphologie, des soubresauts de tendons, etc.

Si la lymphangite ne se termine pas par la mort, les symptômes généraux diminuent dès que les accidents locaux cessent de progresser. Alors la résolution a lieu, la fièvre tombe, la rougeur locale diminue et disparaît même complètement. La suppuration peut se faire en un ou plusieurs points, il se forme des abcès, dont l'ouverture procure au malade un soulagement immédiat.

La deuxième variété présente une première poussée lymphangitique, qui est suivie bientôt d'une deuxième manifestation semblable, et ainsi de suite successivement. L'inflammation peut être superficielle ou profonde. Dans le premier cas, la rougeur et la douleur éveillent l'attention du médecin ; dans le second, il n'y a guère que de la douleur, et le mal local passe souvent inaperçu. En tout cas, l'invasion n'est pas franche, le début peut simuler parfaitement un accès de fièvre intermittente, ou bien être de suite pernicieux et emporter le malade. Si la fièvre est peu marquée, à la période de sueur

succède un malaise et un état tellement grave, que la faible intensité des phénomènes locaux ne peut en rendre compte. Si un second accès éclate alors, le malade succombe le plus souvent. Il peut cependant se faire que l'on observe plusieurs accès bénins avant que l'accès pernicieux n'éclate. Les phénomènes nerveux sont à peu près semblables à ceux que l'on observe dans la première forme.

Le sulfate de quinine est le médicament avec lequel on a obtenu le plus de succès.

La troisième variété, qu'il ne nous a pas été donné d'observer, a été magistralement décrite par le docteur Rego : « Elle ne diffère guère des autres variétés que par quelques phénomènes généraux, tels que la fièvre de type subintrant et des symptômes typhoïdes qui lui impriment une forme rapide et une terminaison fatale. Très communément aussi on observe de la diarrhée. De plus, la terminaison par suppuration est plus grave parce que, outre les accidents propres à la forme précédente, elle peut entraîner, en cas de guérison, l'ankylose des grandes articulations, ou tout au moins l'impossibilité des mouvements pendant un temps très long. »

Ici l'invasion a lieu de la même manière que dans la seconde variété, au dire du docteur da Silva. En général, le malade accuse une forte douleur dans une articulation quelconque, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, un frisson intense accompagne ou précède la douleur, il est suivi des mêmes phénomènes qui ont été signalés dans la seconde variété ; mais à l'accès fébrile s'associent des désordres nerveux plus graves : prostration extrême des forces, subdelirium, agitation, anxiété et indifférence du malade pour tout ce qui l'entoure ; dans quelques cas, du coma interrompu par un délire tranquille, l'apparition des soubresauts des tendons, de la carphologie, du crocidisme, entraînent un pronostic fatal.

La langue, habituellement sèche et noire, pointue, prend, dans les quelques jours qui précèdent la mort, l'aspect de la langue du perroquet ; dents fuligineuses, vomissements fréquents et abondants, diarrhée intense et incontinence fécale et urinaire.

La chaleur de la peau excessive coïncide avec un pouls irrégulier, fréquent, incomptable ; les extrémités se refroidissent. Le malade reste dans cet état un, deux ou trois jours, et finit par succomber. S'il résiste à ces accidents généraux, la lymphangite peut se terminer par résolution ou par suppuration, comme dans la variété précédente.

Ces trois variétés de la forme erratique, admises par le docteur Rego et reproduites par le docteur da Silva, n'existent pas toujours isolément ; on rencontre quelquefois deux d'entre elles coexistant chez le même sujet, sans que l'une semble prédominer sur l'autre.

DIAGNOSTIC

Les lymphangites endémiques ne sauraient être confondues avec les manifestations ganglionnaires scrofuleuses ou syphilitiques. Leur siège, leur marche, leur consistance, leur suppuration limitée, leur transformation caséeuse, les différencient suffisamment ; les manifestations endémiques sont soumises à des conditions étiologiques nettement déterminées, qui ne permettent pas l'hésitation dans le diagnostic.

Si on différencie les lymphangites de l'érysipèle, on trouvera que dans l'érysipèle la lésion locale est limitée à la peau, tandis que généralement dans les lymphangites la lésion est plus profonde et les plaques érysipélateuses sont connexes des autres manifestations inflammatoires. Dans l'érysipèle, on observe toujours une réaction générale très intense ; la fièvre qui l'accompagne a un cycle bien défini, sa marche est régulière, invariable ; dans la lymphangite, au contraire, la réaction générale, au début, n'est pas ordinairement très intense, elle s'accompagne de phénomènes typhiques ou malariens ; la fièvre a un cycle très variable et irrégulier, qui peut être intermittent, rémittent ou continu.

On pourrait confondre cette maladie avec la phlébite, mais les traînées rougeâtres de la lymphangite sont superficielles, entrecroisées et diffuses, tandis que dans la phlébite il existe un cordon dur, noueux, plus ou moins profond, sans qu'il y ait de rougeur superficielle notable. Velpeau a dit que dans la

lymphangite on voit plutôt qu'on ne sent, et que dans la phlébite on sent plutôt qu'on ne voit. Enfin dans les lymphangites le gonflement et la douleur des ganglions sont ascendants au-dessus du point de départ de la maladie, tandis que dans la phlébite l'œdème se trouve situé au-dessous du point de départ.

Enfin le docteur Corre pense que, si chez les noirs et les mulâtres on trouve beaucoup d'abcès froids spontanément développés en diverses régions, ces abcès tiennent souvent à la leucocythémie, à la lymphadénie, maladie dont Jaccoud nous a si bien donné la clinique. Dans certains cas, on peut avoir à poser le diagnostic différentiel de cette maladie avec la lymphangite endémique. Ces deux affections se caractérisent au point de vue étiologique : la première par un état individuel, tandis que la seconde tient à des états climatiques et infectieux, endémiques et quelquefois épidémiques ; dans la lymphangite, l'anémie est fréquente et non nécessaire ; dans la lymphadénie il y a prédominance excessive des globules blancs (leucocythémie), circonstance nécessaire. Dans les lymphangites, la lésion locale consiste dans l'inflammation des voies lymphatiques, en certaines régions déterminées ou par la dilatation et la thrombose de ces voies ; il n'y a pas de tendance à la diffusion, la maladie progresse par une marche régulière des phénomènes qui les rattachent à un empoisonnement pyohémique ou typhique, ou ils s'amendent lentement ; tandis que dans l'autre maladie les lésions locales se généralisent d'une façon maligne, elles envahissent les ganglions périphériques et intra-claviculaires et leur marche n'est jamais rétrograde. Dans la lymphangite, l'état général correspond à des imprégnations spécifiques, dans la lymphadénie l'état est toujours cachectique. Dans la première de ces maladies, il existe souvent une simple gêne résultant du siège et du développement des tumeurs, qui ont une forme le plus souvent non

inflammatoire, avec des éruptions cutanées le plus communément points de départ de l'affection ; dans la seconde on note, au contraire, un alanguissement prononcé, de l'amaigrissement, des éruptions papuleuses, pemphigoïdes et furonculeuses. Dans les lymphangites, la terminaison peut être diverse, la maladie passe à l'état chronique ou s'amende, en dehors des cas insidieux ; dans la lymphadénie, la terminaison est toujours fatale.

PRONOSTIC

Le pronostic de la lymphangite circonscrite est beaucoup plus favorable que celui de la lymphangite erratique.

Dans les formes variqueuses et œdémateuses, on n'a pas à craindre de graves complications, si ce n'est quelque gêne dans les mouvements des membres. Cependant, quand au lieu de rétrocéder elles se compliquent d'un état inflammatoire, on doit ramener leur pronostic à celui des lymphangites dynamiques.

La lymphangite simple peut, par ses répétitions, préparer la dégénérescence éléphantiasique ; elle peut aboutir à la suppuration et, par conséquent, à la pyohémie, en dehors de toute cause d'infection extérieure ; mais, sous l'influence d'un agent extérieur spécial, elle peut revêtir les allures de l'insidiosité propre aux empoisonnements septiques. (Lymphangite pernicieuse de Rio.)

En somme, plus la lymphangite occupe d'étendue, plus elle a de tendance à l'extension, plus le pronostic est redoutable. Un élément très sûr de pronostic est également apporté par l'éclat et la marche de la fièvre, quand surtout au début elle s'accompagne de phénomènes ataxo-adynamiques, quand elle semble se développer avec des allures épidémiques, chez des sujets de constitution débilitée, et surtout quand elle apparaît comme signe de la complication malarienne.

La mortalité, d'après les médecins brésiliens, serait très faible dans l'enfance. Elle augmente dans l'adolescence et atteint 28 à 30 cas pour 100 ; elle est la plus forte de 25 à 50 ans, puis décroît dans la vieillesse. Elle serait plus considérable chez l'homme que chez la femme.

PROPHYLAXIE

La prophylaxie se tire de l'étiologie de la maladie. Elle consiste dans l'éloignement des causes prédisposantes et occasionnelles. On doit éviter de marcher pied nu, de loger dans des maisons humides et mal aérées, de résider le long d'un canal, d'un égout, et s'astreindre à la plus rigoureuse propreté.

Si on éprouve les premières manifestations de la maladie, l'émigration est de suite le remède indiqué, et, dans le cas où elle serait impossible, le séjour dans les régions élevées ou sur les hauteurs, l'habitat sur des terrains secs, calcaires, doivent être recherchés. Les toniques et l'usage des douches froides éloigne la tendance à la répétition.

TRAITEMENT

Quand on a affaire à des manifestations locales non inflammatoires, on doit se borner à protéger les parties affectées et même exercer parfois une légère compression. Le massage prudent donne des résultats très appréciables dans les cas d'œdème dur et de tumeurs lymphatiques. L'application de pommades iodées ou iodurées, l'usage continu de glace nous ont paru réussir quelquefois. A l'intérieur, l'iodure de potassium ne donne pas de résultats constants ; mais dans la plupart des cas, comme l'impaludisme entre toujours dans le cadre clinique, le sulfate de quinine agit avec beaucoup d'énergie, ainsi que le quinquina, qui aide à la rétrogradation des tumeurs. Les arsenicaux et le fer nous ont rendu des services dans les lymphangites se développant chez des sujets anémiques, surtout chez les jeunes filles.

Dans les formes inflammatoires, le traitement devient plus complexe.

Si on a affaire à un état inflammatoire simple, le repos, une bonne position du membre, les antiphlogistiques, les onctions mercurielles et les cataplasmes sont indiqués. Quand l'inflammation a cessé, on se conduira comme pour le traitement de la dilatation simple. On doit, dans ce cas, surveiller les phénomènes gastro-intestinaux, qui généralement se dissipent seuls, mais auprès desquels on est quelquefois obligé d'intervenir.

Si la maladie se présente avec une forme palustre, le sulfate de quinine est la règle. D'ailleurs nous avons souvent vu des récidives se produire à l'occasion d'un accès malarien, et les phénomènes morbides ne s'amendaient que lorsqu'on tenait le malade sous une influence quinique constante pendant 8 ou 10 jours : dans ce cas, on donne le médicament à doses décroissantes. Il est bien évident qu'on ne doit pas administrer le sel en injections hypodermiques, quoique la susceptibilité gastrique soit grande. Il vaut mieux l'administrer en lavement et ne se servir de la seringue de Pravaz que lorsqu'on ne peut faire autrement.

Si le malade présente des phénomènes violents avec de l'ataxo-adynamie et tendance malarienne, on doit administrer le sulfate de quinine à haute dose (1, 2 et 3 grammes en 24 heures). Dans le cas, au contraire, où les phénomènes ataxo-adynamiques sont entachés de typhisme, le sulfate de quinine échoue généralement, et nous avons vu assez souvent réussir l'alcool (150, 200 grammes et même 300 grammes de rhum dans les 24 heures).

Dans les cas de gangrène, d'abcès, les indications seront tirées et des symptômes généraux et de la manifestation locale.

OBSERVATION PREMIÈRE

Lymphangite erratique, à forme péritonéale, observée par le docteur Rego
(*Relatorio de medecina.* 1871)

La maladie a débuté par une douleur intolérable dans le cordon testiculaire droit, se propageant à la région lombaire ; légère tuméfaction et tension du cordon, frissons prolongés suivis d'une faible réaction, vomissements, soif intense, enfin tous les symptômes d'une lymphangite scrotale. Le lendemain, à la suite d'une médication appropriée, l'état s'était quelque peu modifié ; le scrotum n'offrait encore rien de particulier, la douleur du cordon était plus tolérable ; mais, en revanche, l'état du malade avait empiré par ailleurs. Il existait de la tension et de la douleur à la pression la plus légère dans la région iliaque droite, des vomissements bilieux répétés, une soif intense, de l'insomnie et de l'agitation ; la langue était restée large et saburrale.

Sous l'influence de la belladone, du sulfate et du valérianate de quinine, de frictions mercurielles et térébenthinées sur le ventre, cet état parut s'amender légèrement ; mais il survint dans la soirée un nouveau paroxysme qui eut pour effet d'exalter tous les symptômes existants et de déterminer le gonflement et le tympanisme du ventre, mais sans diarrhée.

Le troisième jour, au moment où je vis le malade, tout révélait l'existence d'une péritonite ; il y avait une sensibilité extrême dans toute la région hypogastrique, plénitude de la vessie avec dysurie, vomissements abondants d'un vert foncé, insomnie, agitation extrême, quelques hoquets, pouls concentré

et fréquent. Il fut convenu qu'on appliquerait quelques sangsues à l'hypogastre et à l'anus, et des cataplasmes mercuriels sur le ventre ; à l'intérieur, le calomel et le nitre ; on insisterait sur la belladone et sur le sulfate de quinine s'il y avait lieu.

Ces moyens procurèrent quelque soulagement du côté des accidents locaux, et la miction s'opéra facilement ; mais dans la soirée il survint un nouveau paroxysme, les accidents se précipitèrent, et le malade, homme fort et robuste, mais peu réservé dans son régime, succomba le lendemain soir au milieu d'une agitation effrayante, en conservant cependant l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

L'autopsie ne put avoir lieu.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Pierre, dit Coco, âgé de 70 ans environ, né en Afrique, arrivé à la Guadeloupe très jeune, actuellement infirmier à l'hôpital Maritime de la Pointe-à-Pitre, entre le 7 juillet 1883, dans les salles des fiévreux. En consultant son dossier, on voit qu'il est entré, pour fièvre intermittente, 8 fois à l'hôpital depuis 1875 ; et toutes les observations laissées par nos prédécesseurs mentionnent des poussées lymphangitiques aux membres inférieurs.

Ce malade est encore robuste, et, avant son entrée faisait

exactement son service, qui était assez pénible. Il présente au-dessus du cou-de-pied gauche, près de la malléole, une tuméfaction molle, uniforme dans la partie déclive et parsemée de nodosités à la partie supérieure. Il n'existe pas de changement apparent dans la couleur de la peau à ce niveau, mais le malade se plaint d'une sensation de chaleur et de gêne dans la marche ou dans la station debout. Les cordons lymphatiques de la cuisse sont indurés. T. soir 39°7 ; pouls petit et rapide ; artères athéromateuses. Langue sale, jaunâtre vers le centre et rouge sur les bords. On ne peut découvrir sur le membre qui est le siège de la lymphangite, aucune excoriation ou plaie. Il est à noter que le malade marche toujours pieds nus.

8 juillet. — T. m. 38°6, même état local ; céphalalgie frontale, nausées, le malade n'a pas dormi, pas d'appétit, légère agitation.

On prescrit sulfate de quinine 1 gramme, pommade mercurielle belladonée. T. s. 39°5.

9 juillet. — T. m. 38°. L'augmentation de volume du pied a un peu diminué. Comme l'état du tube digestif continue, on prescrit poudre d'ipéca 1 gramme, émétique 0,05.

T. s. 38°8. Un peu plus de calme ; sulfate de quinine 1 gr.

10 juillet. — T. m. 37°8. Amélioration du côté du pied. Mais le malade dort peu, a de l'inappétence ; toujours un peu d'agitation. Sulfate de quinine 1 gramme. T. s. 38°.

11 juillet. — T. m. 38°3. Cependant on ne constate pas d'augmentation de la lymphangite. Le malade se plaint de souffrir, ce qu'il ne faisait pas la veille, agitation. A 9 heures vomissements abondants, jaunâtres. A 10 heures on lui administre 1 gramme de quinine qui n'est pas rejeté. A 4 heures T. 38°. Le malade est moins agité, il souffre moins, mais les vaisseaux lymphatiques de la cuisse sont plus indurés. Sulfate de quinine 0,50.

12 juillet. — Le malade a un peu reposé, les nausées ont beaucoup diminué, langue moins sale, moins rouge sur les bords. T. m. 37°6. L'œdème lymphangitique du pied a diminué. Même état du côté des vaisseaux lymphatiques de la cuisse. Il y a moins d'inappétence, la céphalalgie a disparu. Sulfate de quinine 1 gramme en 2 paquets à 3 heures d'intervalle. T. s. 37°9.

13 juillet. — T. m. 37°1 ; T. s. 37°6. L'induration des lymphatiques diminue. Le malade prend un peu de nourriture, qu'il supporte fort bien.

A partir de ce jour, jusqu'à sa sortie des salles des fiévreux, le 28 juillet, on a vu les lymphatiques du pied et de la cuisse diminuer peu à peu de volume, le malade reprendre sa gaîté habituelle, et revenir à une santé parfaite, quoiqu'il ait toujours, comme avant sa poussée lymphangitique, une gêne dans la jambe, gêne qu'il localise très bien sur le trajet des vaisseaux blancs.

2e Entrée. — 2 juin 1884. — Coco rentre à l'hôpital avec de la fièvre, il se sent lourd, souffre d'une céphalalgie assez intense. La langue saburrale, des nausées (il y a eu des vomissements la veille), de la diarrhée constituent le cadre clinique, qui frappe tout d'abord et dont se plaint le malade. On observe une assez grande agitation. Si on examine les membres inférieurs, on constate une lymphangite développée presque au même lieu et semblable à celle qui occupait la jambe gauche il y a un an. Les vaisseaux de la jambe et de la cuisse correspondante sont indurés et fortement développés ; mais le malade ne souffre que si on les presse et si on les fait rouler sous les doigts. La jambe droite laisse constater également des vaisseaux blancs indurés, mais à un moindre degré. T. s. 39°7.

3 Juin. — Le malade n'a pas dormi, nausées fréquentes, assez grande agitation ; au niveau de la poussée lymphangitique on perçoit une forte sensation de chaleur, douleur assez vive sur tout le parcours des vaisseaux blancs. Température, 39°3. Ipéca 1 gr., émétique, 0,05 ; onction avec pommade belladonée et couche de ouate sur les parties enflammées. Le soir, nous trouvons le malade un peu plus calme, mais il a présenté un peu de délire dans l'après-midi. Température : 39°3. Sulfate de quinine, 1 gr. 20 ; bromure potassique 0,75, vers 9 heures.

4 Juin. — Un peu de calme s'est montré dans la 2e portion de la nuit; le matin on constate un affaissement assez considérable du malade, mais il dit souffrir moins de sa jambe gauche, et la droite lui fait éprouver une sensation de gêne. Thermomètre 37°6. On ne trouve pas le trajet des cordons avec une congestion aussi violente, mais le paquet lymphatique est considérable et a envahi le triangle de Scarpa. Sulfate de quinine 1 gramme.

T. S. 38°2. Le malade n'éprouve plus de douleur au repos, il demande à manger ; le calme revient. Sulfate de quinine, 0,60, bromure pot. 0,50.

5 Juin. — Nuit calme, on n'éveille de la douleur sur le trajet des vaisseaux indurés qu'à la condition de presser assez fortement. T. m. 37°, sulf. de quin. 0,50. T. s. 37°4. Sulf. de quin. 0,50.

A partir de ce jour, le malade a vu l'induration de la jambe gauche diminuer peu à peu, et celle de la jambe droite disparaître complètement au bout de peu de temps. Sortie le 24 juin.

3e Entrée. — 20 août 1885. — Coco rentre encore à l'hôpital maritime, dans les salles des fiévreux, présentant de l'inap-

pétence, des nausées, de la céphalalgie frontale, de la fièvre. T. S. 39°. Au niveau du triangle de Scarpa, à gauche, on constate une tuméfaction uniforme, molle, élastique. Les vaisseaux de la cuisse sont indurés et le pied ne présente qu'une très légère tuméfaction au niveau qui avait été le siège des anciennes manifestations lymphangitiques. Le malade accuse une douleur à cet endroit. Sulfate de quinine 1 gr.

« Cet état persiste sans grand changement jusque vers le 18 septembre. Alors, peu à peu, la cuisse se tuméfie ; les vaisseaux profonds semblent confondus en un gros cordon induré ; puis, vers la partie moyenne, une énorme tumeur se constitue, arrondie, régulière, diffuse à son pourtour, que l'on sent s'effiler vers l'anneau de l'adducteur et se brider contre l'anneau inguinal, mais dans laquelle on ne parvient à distinguer ni vaisseaux, ni ganglions par la palpation. Cela dure plus de deux semaines. On croit alors percevoir un ramollissement vers le centre de la tumeur, partout ailleurs comme pierreuse, et l'on pratique une incision à ce niveau ; mais il ne s'écoule que du sang un peu aqueux. A partir de ce moment, toutefois, la rétrogradation s'établit, aidée par l'emploi des préparations iodées ; la tumeur diminue ; la peau semble former comme une enveloppe unique et très épaisse avec le tissu cellulaire sous-jacent ; on isole un gros cordon vasculaire étendu de l'anneau inguinal à celui de l'adducteur ; peu à peu le cordon lui-même se rétrécit et disparut, et le malade ne conserva plus qu'une induration médiocre des ganglions de l'aîne, avec un œdème mou, élastique à leur périphérie. »

(La fin de cette observation a été résumée ainsi par le Dr Corre, sur les feuilles écrites par nous à l'hôpital maritime).

OBSERVATION III

(Personnelle)

Le 10 août 1883, appelé auprès d'une jeune fille de couleur, âgée de 18 ans, nous trouvons une malade présentant de l'embarras gastrique, des nausées, la langue jaunâtre au milieu et rouge sur les bords, température élevée, 39°2; elle se plaint de beaucoup souffrir de la jambe gauche. Nous constatons en effet l'induration des cordons sur tout le membre, les ganglions de l'aisselle sont indurés, roulants et la peau est chaude à leur niveau. Il existe un ongle incarné qui a produit une légère érosion. Sulfate de quinine 1 gramme, vers 2 heures de l'après midi, dans des cachets Limousin. Le soir, bromure potassique 1 gr., pommade mercurielle sur le trajet des vaisseaux.

11 Août. — La malade a passé une nuit agitée, sans sommeil. T. m. 38°2, même état du membre. Vomitif; vers midi, sulfate de quinine 0,60. T. S. 38°6, pommade mercurielle, sulfate de quinine 0,60, bromure potassique 1 gr., limonade citrique.

12 août. — La malade a un peu reposé, elle se sent mieux, les nausées ont diminué. T. m. 38°. La jambe paraît présenter une tension de la peau moindre, et les cordons être moins indurés; aussi la malade est-elle moins agitée, elle demande de la nourriture. Sulfate de quinine, 0,50. T. S. 38°2. Même état. Sulfate de quinine 0,50, bromure potassique, 0,60.

13 Août. — Mieux sensible, les cordons lymphatiques ne provoquent plus que peu de douleur à la pression, mais conservent leur induration de la veille, l'œdème siégeant au niveau

du pli de l'aîne subsiste ; peau moins chaude. Amélioration notable. T. m. 37°6. Même prescription.

14 Août. — La malade a dormi ; elle se déclare guérie, mais accuse cependant de la gêne dans le membre. En effet, l'induration, quoique moindre, subsiste cependant considérable. A partir de ce jour, la température fut normale. Les vaisseaux blancs devinrent mous petit à petit ; il ne subsista bientôt plus que de l'empâtement, qui finit par disparaître à son tour. L'ongle incarné, traité, guérit rapidement et le 2 septembre on pouvait considérer la malade comme guérie.

Rechute. — Le 25 septembre, à la suite d'une course un peu longue, la malade présente de nouveau de la fièvre. T. 38°6, la langue est saburrale, il existe des nausées. Les cordons lymphatiques de la jambe gauche présentent de nouveau les phénomènes observés il y a un mois, mais à un degré moindre. Un traitement identique fut institué.

Le 15 octobre, comme l'induration des lymphatiques continue sans grand amendement, quoique l'état général soit satisfaisant et qu'il n'existe que très peu de fièvre ; nous conseillons de mener la malade en changement d'air, à plus de 600 mètres d'altitude. Les renseignements qui nous sont fournis, à son retour, démontrent que la maladie a rétrocédé rapidement ; on ne trouve presque plus trace de l'induration antérieure ; le retour à l'état de santé parfait paraît être acquis.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

M. C., 35 ans, créole blanc de la Guadeloupe, habitant la Pointe-à-Pitre, où il est employé dans une usine, fréquemment exposé aux miasmes du canal Vatable, est pris, le 6 juin 1884, d'une gêne dans la jambe droite et d'œdème léger au niveau du triangle de Scarpa. Le soir on constate un peu de fièvre et on lui conseille de prendre 0,80 cent. de sulfate de quinine.

7 Juin. — Le malade n'a que très peu dormi, agitation, face congestionnée, on constate une induration de toutes les lymphatiques du membre droit ; celles du membre gauche sont dures et se prennent rapidement ; nausées et vomissements vers 10 heures, langue saburrale. T. 39°8, sulfate de quinine en injection au bras, 1 gr., onctions mercurielles belladonées sur le trajet des vaisseaux, limonade citrique.

Le soir, la T. est à 40°6, le malade est de plus en plus agité, il peut prendre par l'estomac 1 gr. de sulfate de quinine, bromure potassique 1 gr. 50.

8 Juin. — L'état des membres inférieurs a empiré. La chaleur est très sensible au niveau des cordons qui sont très augmentés de volume, très indurés. Le triangle de Scarpa, à droite, présente une induration énorme, très douloureuse, le moindre mouvement fait pousser des cris au malade. T. 39°8, délire.

Ipéca 1 gr. 50, sulfate de quinine, vers midi, 1 gr., onctions mercurielles belladonées.

Soir. — T. 40°2, même état, délire constant.

Sulfate de quinine 1 gr.; à dix heures, bromure de potassium, 1 gr. 20.

9 Juin. — Légère amélioration. Cependant la nuit a été mauvaise ; grande agitation, délire, incontinence des urines et des fèces. T. m. 39°2. Sulfate de quinine 1 gr.

Le soir, mieux sensible, agitation moindre, quoique on ne constate aucune différence quant à la douleur, à la chaleur ou à l'induration. T. S. 39°6.

14 juin. — T. m. 37°. T. s. 37°1. L'induration des cordons lymphatiques subsiste toujours considérable, quoiqu'ils soient devenus plus mous et que la peau soit moins rouge et ne présente plus de chaleur.

A partir de ce jour la température fut normale ; le malade put faire quelques pas dans sa chambre, mais très gêné dans sa marche, et les phénomènes morbides ne disparurent à peu près complètement qu'au commencement d'août. On constatait cependant encore les cordons lymphatiques augmentés de volume et quand le malade se fatiguait, il éprouvait de la gêne dans les membres inférieurs.

OBSERVATION V

(Personnelle)

M. X..., 22 ans, créole blanc de la Guadeloupe, employé de commerce, prend, le 1er février 1885, un bain froid de rivière. Il avait eu quelques jours auparavant un accès de fièvre malarienne. A son retour, après avoir fait 5 à 6 kilomètres, il éprouve une fatigue plus grande, qu'il n'éprouvait ordinai-

rement, habitué qu'il était à faire cette même course. Le soir, manque absolu d'appétit, vertiges, nausées, agitation légère.

2 février. — La nuit a été très pénible, manque absolu de sommeil, nausées, céphalalgie frontale, yeux injectés, humides, langue sale, jaunâtre et rouge sur les bords. T. m. 39°2. Vomitif, sulfate de quinine 1 gramme, limonade citrique. T. s. 39°5. Le malade accuse de la douleur le long des vaisseaux blancs de la cuisse droite. Le pied est un peu enflé, la jambe a une traînée rouge, érysipélateuse, allant de la malléole interne au genou. Par la pression on éveille une vive douleur, et l'on sent les vaisseaux indurés ; il existe une vague sensation de fluctuation à certains points du trajet des vaisseaux. Le malade, interrogé, déclare qu'il a eu jadis une poussée lymphangitique à ce niveau. La cuisse offre également des cordons durs, indurés et vers le triangle de Scarpa il existe un grand nombre de petits ganglions roulant sous les doigts, mais plus ou moins indolores. La cuisse n'offre pas une chaleur et une rougeur aussi prononcées que la jambe. Onctions mercurielles belladonées. Le soir, bromure potassique 1 gr.

3 février. — Le malade éprouve une amélioration sensible au niveau de la jambe malade ; mais la jambe gauche se prend, et le fait souffrir beaucoup. Langue toujours fortement chargée et un peu noirâtre, dents fuligineuses, céphalalgie frontale, ventre ballonné et manque absolu d'appétit, soif ardente. T. m. 39°. Même prescription, sulfate de quinine 1 gramme.

L'après-midi, le malade appelle l'attention sur la partie interne de la jambe droite, où on constate nettement de la fluctuation au tiers supérieur sur le trajet des vaisseaux. Le petit abcès ne laisse écouler qu'un pus mal lié. T. s. 39°4.

4 février. — Le malade a bien reposé, mais il souffre beaucoup de la cuisse gauche. Les symptômes typhiques ont beaucoup diminué. T. m. 38°2.

L'après-midi nous ouvrons un nouvel abcès un peu au des-

sus de l'ouverture de la veille, et même résultat ; le malade se trouve très soulagé. T. s. 37°6.

5 février. — Nuit bonne, langue un peu sale mais pas de rougeur, la jambe gauche ne fait presque plus souffrir, le malade est gai, il demande à manger. T. m. 37°4. Sulfate de quinine 0,50. Même prescription.

6 février. — T. m. 37°. Amélioration générale et amélioration des phénomènes locaux.

Petit à petit le malade vit disparaître l'induration des vaisseaux, et revint à une santé parfaite.

Au mois d'août de la même année, étant au camp Jacob, à la suite d'un bain froid, il fut pris d'accidents tout-à-fait semblables, mais plus marqués. Depuis notre retour en France, nous avons appris qu'il a succombé à une lymphangite suppurée.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Le 22 août 1884, Mlle R..., âgée de 12 ans, enfant de couleur, est prise subitement d'un violent frisson, de céphalalgie, de fièvre intense. T. 41°3. Vers 4 heures de l'après-midi, nous trouvons cette petite malade en proie à un délire violent, avec soubresaut des tendons et hoquet. Elle se plaint également du gosier, mais nous n'y constatons rien d'anormal. Soif ardente, langue sale, jaunâtre, très rouge sur les bords; yeux injectés, humides ; peau très chaude. De prime abord,

nous pensons à un accès pernicieux malarien et lui injectons 1 gramme de sulfate de quinine. Sur le soir, vers 7 heures, nous lui faisons prendre 1 gramme de bromure potassique dans une infusion de tilleul ; alors le thermomètre accuse 41°4.

23 août. — La nuit a été très mauvaise ; la petite malade n'a pas reposé un instant. Délire violent, hoquet continuel, douleur de tête violente. Elle se plaint en plus de ses jambes, de son bras gauche et de son cou. Nous constatons sur les deux jambes une traînée lymphangitique énorme; peau chaude, douleurs à la pression. Ganglions des deux aînes engorgés. Le bras gauche présente également une lymphangite pyrétique, qui se continue avec les cordons blancs de la poitrine. Le cou est également le siège d'une lymphangite active. T. 41°1. Il existe des vomissements et des hoquets fréquents presque continuels. Injection hypodermique de sulf. de quinine, 0,30 c.

Vers 3 heures de l'après-midi, nous retrouvons la malade à peu près dans le même état. T. s. 41°8. Elle ne peut remuer les membres ou la tête sans pousser des cris ; une tuméfaction énorme siège au cou et sur toute la partie supérieure de la poitrine ; délire violent. Vers 6 heures du soir, la mort survient, accompagnée de phénomènes ataxiques et adynamiques.

La famille de cette enfant nous raconte alors que le père était mort dans un accès pernicieux, accompagné des mêmes phénomènes, et cela en 24 heures. De plus, c'était la seconde atteinte que subissait notre malade ; la première avait eu lieu un an avant environ.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Jeune homme de couleur, 17 ans, employé de commerce, pris vers 4 heures du soir, le 17 juin 1885, d'un violent frisson, présentant tous les symptômes d'un embarras gastrique intense, nausées, puis vomissements violents, prostration des forces, grande agitation, hoquet. T. 41°5. Sur le trajet des vaisseaux lymphatiques de la cuisse gauche, tuméfaction très prononcée, et plus accusée au niveau du triangle de Scarpa, phénomènes de constriction au niveau de l'arcade fémorale. Sulfate de quinine 2 grammes en injections hypodermiques avant 7 heures du soir. Application de pommade mercurielle sur le membre. A 8 heures du matin, le 18 juin, le malade a la face grippée ; la jambe droite présente les cordons lymphatiques indurés, noueux, roulant sous les doigts, les ganglions des deux aînes sont énormes, il se plaint de douleurs dans le dos, au cou, où nous constatons de l'induration des ganglions et des vaisseaux blancs, la face est un peu bouffie ; grande agitation, délire, il y a eu insomnie complète. A midi, les phénomènes nerveux s'aggravent, carphologie, délire continuel. T. 42°. Injection hypodermique de sulfate de quinine 1 gr. 50. A 2 heures mort.

L'autopsie ne put être faite.

En résumé, si nous groupons, suivant leurs caractères communs, les cas de lymphangite endémique qu'il nous a été donné d'observer, nous arrivons à pouvoir établir que, sur 34 cas, il s'en est présenté :

En 1883, 7, ainsi répartis :	Juin	1
	Juillet	2
	Août	4
En 1884, 5 — —	Janvier. . . .	1
	Juin	3
	Juillet	1
En 1885, 21 — —	Février. . . .	1
	Juin	2
	Juillet	7
	Août.	10
	Septembre . .	1
En 1886, 1 — —	Janvier. . . .	1
	Total.	34

Sur ces 34 cas, nous en avons eu :

9 que nous pouvons qualifier d'idiopathiques ;
22 consécutifs à des blessures ou à des érosions ;
3 de pernicieux (lymphangite erratique).

Nous en avons observé :

25 d'origine apparente malarienne.

Au point de vue des races :

3 chez des blancs ;
7 chez des noirs ;
24 chez des mulâtres.

Au point de vue de l'âge :

2 avant 13 ans ;
5 de 13 à 20 ans ;
27 au-dessus de 20 ans.

Et pour l'époque de l'année où ces cas se sont produits, nous renvoyons au tableau qui se trouve inséré dans le cours de ce travail.

Nous ne reportons ici que les cas typiques de lymphangite endémique et nous paraissant utiles pour établir, d'une manière indiscutable, la thèse que nous voulons soutenir. D'ailleurs, de nombreux cas semblables se trouvent consignés dans les différents travaux de E. Vinson, d'Azéma, de Rego et de Claudio da Silva. Nous regrettons que, pendant notre séjour à la Pointe-à-Pitre, nous n'ayons pas pu prévoir qu'un jour nous essaierions de faire l'histoire de cette maladie, car nous nous serions fait un devoir de prendre ces observations avec plus de soin, de façon à pouvoir toutes les publier.

CONCLUSIONS

1° La lymphangite endémique des pays chauds est une maladie produite par une intoxication miasmatique, dans laquelle on observe, en même temps que des phénomènes locaux, caractérisés par une lymphangite superficielle ou profonde, circonscrite ou non, des phénomènes généraux bénins ou graves, dynamiques ou adynamiques, se terminant soit par résolution, soit par suppuration ou gangrène locale.

2° Cette maladie n'est pas un épiphénomène de la malaria, comme l'ont écrit certains auteurs.

3° Elle a une tendance à récidiver, et ne peut être véritablement guérie que par le changement de climat, c'est-à-dire par l'éloignement des causes prédisposantes ou occasionnelles.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 8 mai 1889.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut
G. CHANCEL.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 8 mai 1889.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Azéma-Mazae. — Traité de la lymphangite endémique des pays chauds. St-Denis (Réunion), 1878. Rapport sur ce mémoire par Le Roy de Méricourt (Revue des Soc. savantes, 1878).

Corre. — Traité clinique des maladies des pays chauds, 1887.

Dubrandy. — Quelques considérations sur les lymphangites. Th. de Paris, 1877.

Jalaguier. — De la lymphangite à forme gangréneuse. Th. de Paris, 1884.

Jouet. — Contribution à l'étude de la lymphangite des pays chauds. Th. de Bordeaux, 1884.

Manson. — Résumé de ses travaux (*in* Arch. de méd. navale, nov. et déc. 1884).

Nielly. — Nouveaux éléments de pathologie exotique. Paris, 1881.

Pélissier. — Considérations sur les maladies les plus communes à la Réunion. Paris, 1881.

Rego (Pereira). — Escobo historico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio-de-Janeiro desde 1870. (Rapport à la Junte centrale d'hygiène publique, 1882).

Raynaud (Maurice). — Nouveau dictionnaire pratique de méd. et de chirurg., t. XIV, p. 61 et suiv.

Sigaud. — Du climat et des maladies du Brésil. Paris, 1844.

Silva (Carlos-Claudio da). — Lymphangites pernicieuses. (Th. de doctorat, Rio-de-Janeiro, 1874.)

Torres Homem. — Annuario de observaçoës colhidas nas enfermarias de clinica medica de faculdade de medicina de Rio-de-Janeire, em 1868. Rio-de-Janeiro, 1869.

Vinson (E.). — Contribution à l'étude de la lymphangite grave, etc. (Arch. de méd. nav., juil. 1877.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !